Lane Medical Library

AUS DEM ANSCHAR-KRANKENHAUS ZU KIEL
DIREKTOR: PROFESSOR DR. GÖBELL.

Lymphangiom der Unterlippe und Lippenplastik.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Christian Albrechts-Universität
zu Kiel.

Vorgelegt von
Paula Marselje
aus Köln.

Kiel 1932.
Buchdruckerei A. C. Ehlers, Kiel, Fleethörn 38.

AUS DEM ANSCHAR-KRANKENHAUS ZU KIEL
DIREKTOR: PROFESSOR DR. GÖBELL.

Lymphangiom der Unterlippe und Lippenplastik.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel.

Vorgelegt von
Paula Marselje
aus Köln.

Kiel 1932.
Buchdruckerei A. C. Ehlers, Kiel, Fleethörn 38.

Nr. 44.

Rektoratsjahr: 1931/32.

Referent: Prof. Dr. Göbell.

Korreferent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anschütz.

Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. Rominger, Dekan.

Meinem lieben Vater!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0238

Lymphangiom der Unterlippe und Lippenplastik.

Das Lymphangiom ist eine gutartige Geschwulst des Lymphgefäßsystems. Allerdings ist die Grenze zwischen echten Lymphangiomen und den Erweiterungen der Lymphgefäße, den Lymphektasien, Lymphvarizen, elephantiastischen Schwellungen nicht besonders scharf; die eine Form kann in die andere übergehen. Nach Klebs, der 1872 Zystenendothel durch Silberimprägnation nachwies, und Köster, der dieses Endothel näher beschrieb und als Lymphgefäßendothel erkannte, machten keinen Unterschied zwischen einfacher Ektasie und echter Lymphgefäßgeschwulst.

Ueber die Genese sind die verschiedensten Ansichten in der Literatur verbreitet. Hält man sich an das rein äußerliche Moment der Dilatation der Lymphgefäße, so ist auch heute noch die Einteilung von Wegner gültig. Er unterscheidet das Lymphangioma simplex, das Lymphangioma cavernusum und das Lymphangioma cysticum.

Für die histologische Entstehung oder Entwicklung ist nach Wegner ein dreifacher Modus anzunehmen, nämlich

1) Ektasie und Hyperplasie bedingt durch langsame Dilatation ursprünglich vorhandener Lymphbahnen natürlich mit Neubildung von Wandungselementen. — Die Ursache der sich steigernden Dilatation ist nach Wegner eine Stauung der Lymphe infolge des Verschlusses der jeweiligen, dem betreffenden Gebiete angehörenden großen abführenden Lymphstämme, sei es, daß dieselbe bedingt ist durch Vitium prima formationis, oder durch thrombotischen Verschluß, oder durch Compression und Verlegung infolge lokaler entzündlicher und vernarbender Prozesse.

2) Homoplastische Neoplasie: es entsteht eine aktive Proliferation der Lymphgefäßendothelien; aus ihnen bilden sich solide Zellenmassen, die zwischen sich Hohlräume entstehen lassen, und indem sie sich in präexistierende Lymphgefäße öffnen, zu neuen, wirklichen Lymphgefäßen werden. —

3) Heteroplastische Neoplasie: aus bindegewebiger Matrix entsteht ein Granulationsgewebe und durch sekundäre Umwandlung desselben auf indirektem Wege neue, lymphführende Räume.

Was Punkt 1 anbelangt, Ektasie mit Hyperplasie auf Grund von Stauungsvorgängen, so wird diese Theorie von Ribbert abgelehnt. Nach Ribbert entsteht das Lymphangiom aus einem während des intra- oder extrauterinen Lebens selbständig gewordenen, aus Bindegewebe und Lymphgefäßen aufgebauten Gewebskeim, an dessen Vergrößerung alle Bestandteile gleichmäßig beteiligt sind. Es bildet einen in sich abgeschlossenen, als ganzes gegen die Umgebung gut begrenzten Bezirk.

Das Moment der Stauung genügt nicht zur Erklärung der Entstehung des Lymphangioms; denn eine Stauung gleicht sich gerade innerhalb der Lymphbahnen bei ihren vielfachen Anastomosen rasch und restlos aus. Weder die Unterbindung des ductus thoracicus noch die Verlegung der größeren Lymphwege haben zur Lymphangiombildung geführt.

Auch nach Sick hat ein Lymphangiom an und für sich mit Stauungsvorgängen nichts zu tun. Nach ihm treten sekundäre Retentionserscheinungen hinzu, die auf den verschiedensten Ursachen beruhen können; diese verwischen dann das ursprüngliche Bild. Sick stellt sich den Entwicklungsvorgang vieler Lymphangiome so vor:

1) Isolierter Gefäßbindegewebskeim mit Proliferation neuer Lymphgefäße.

2) Auftreten von Retentionserscheinungen: Ektasien, Zystenbildung. Neubildung von Lymphgefäßen auf einzelne Regionen beschränkt.

3) Vollständige Verödung des Lymphangioms, Bildung größerer Zysten, Reduktion der Wandbestandteile, eventuell Zugrundegehen des Endothels.

Die Ursachen der bei den Lymphangiomen vorkommenden Ektasien hält Sick nicht in jeder Hinsicht für geklärt. In Betracht kommen folgende Punkte:

1) Stauung durch Abknickung und durch teilweise Obliteration der Lichtung.

2) Erhöhte Nachgiebigkeit der mangelhaft ernährten und gelockerten Wände.

3) Sekretionstätigkeit des Endothels.

Der letztere Grund für Lymphangiektasie ist stark angefochten worden, Sick möchte ihn jedoch nicht ganz in den Hintergrund stellen, solange die Heidenhain'sche Auffassung von der sekretorischen Tätigkeit der Lymphgefäßendothelien nicht widerlegt ist.

Homoplastische Neoplasien sind von Borst beobachtet worden. Er sah bei einem angeborenen cavernösen Lymphangiom der Brust zweifellose Neubildungen von Lymphgefäßen. Die jungen Lymphkapillaren waren stets von dichten Ansammlungen lymphocytärer Elemente begleitet, beziehungsweise von solchen Elementen ganz ausgefüllt. Ueberall wo Sprossungen von Lymphgefäßen nachgewiesen werden konnten, fanden sich die begleitenden

Lymphocytenherde. Viele umschriebene, an Lymphknötchen erinnernde Infiltrate wurden im Bindegewebe zerstreut nachgewiesen, und gerade in deren Bereich waren die Neubildungsvorgänge von Lymphbahnen immer besonders deutlich. Aehnliche Angaben finden sich bei Nasse und Alexander Schmidt. Der letztere beobachtete Zellhaufen und Zellstränge, die in Lymphkanäle übergingen und denkt sich, daß aus umschriebenen Wucherungen des Bindegewebes Lymphkanäle gebildet werden können, im Sinne von Wegners heteroplastischer Neoplasie. Freudweiler sah an den Lymphgefäßen streifen- und zapfenförmige Fortsätze proliferierenden Endothels mit jungen Sprossen; die Sprossen waren erst solide, dann wurden sie hohl. Nasse fand Uebergänge von endothelbekleideten Lymphgefäßen in die Spalträume des Bindegewebes; ferner konstatierte er von größeren Lymphräumen ausgehende endothelbekleidete Spalten, die in solide zarte Zellstränge übergingen. Er glaubt auch, daß bei Auseinanderdrängung des Bindegewebes und Umbildung der Bindegewebszellen zu Endothelien neue Bahnen für die Lymphe eröffnet werden könnten.

In einem Lymphangiom, das sich in einer Fettgeschwulst entwickelte, sah Borst einen kleinen, rundlichen Tumor, der ganz ausschließlich aus einem Netz neugebildeter Lymphkapillaren bestand, das in ein äußerst spärliches, zellreiches, junges Bindegewebe eingelassen war. Die Sprossungen der Lymphgefäße nehmen ihren Ausgang von dem Endothel der erweiterten kapillaren Lymphgefäße, das sich, konform den analogen Vorgängen an den Blutgefäßen unter reichlicher Vermehrung in soliden Ausläufern in die Spalten des Bindegewebes vorschiebt; später erfolgt die Kanalisation von dem offenen Lumen her. Aehnliches berichtet M. B. Schmidt. Daß die Sprossungsvorgänge an den neugebildeten Lymphgefäßen vielfach übersehen werden, liegt daran, daß sich meist außerordentlich lange, nur selten in einer Schnittebene verfolgbare Sprossen bilden und in die Spalten des Bindegewebes verschieben. Gelingt es, eine Sprosse ganz zu verfolgen, so erkennt man, wie sich ein kapilläres endothelbekleidetes Lymphgefäß mehr und mehr verjüngt und schließlich in einen langen, zarten, soliden Zellfaden von aneinandergelagerten Endothelzellen ausläuft. Aktive Proliferation des Bindegewebes — Wegners heteroplastische Neoplasie — mit sekundärer Umwandlung desselben in neue lymphführende Räume haben außer Sick und Hildebrandt auch Virchow, Billroth und Winniwater nachgewiesen. Ribbert läßt zugleich mit den Lymphgefäßen auch das Bindegewebe mitwachsen, das er als einen integrierenden Bestandteil der betreffenden Geschwülste ansieht. Dieser Ansicht von Ribbert sind heute die meisten Autoren beigetreten.

Die Aetiologie des Lymphangioms ist, wie die der Tumoren überhaupt, noch nicht einwandfrei geklärt. Von den meisten Au-

toren wird das Lymphangiom als eine angeborene Geschwulst bezeichnet, und es wird angenommen, daß eine fehlerhafte lokale Anlage Schuld an der Wucherung habe. Sehr oft tritt allerdings das Lymphangiom erst beim Erwachsenen in Erscheinung, so daß man ein jahrzehntelanges Latentbleiben der Geschwulst anzunehmen hat. Das treibende Agens für diese erst später auftretenden Wucherungen ist noch nicht festgestellt. Von manchen Autoren sind Trauma, Schwangerschaft, Lues, Skrofulose als Reizursachen angegeben worden. Im übrigen ist ja in der Geschwulstlehre bekannt, daß der Tumor der kongenital angelegt ist, manchmal erst in späteren Lebensabschnitten zu wuchern beginnt, wenn das Gewebsgleichgewicht gestört ist oder der Körper zur Zeit der Pubertät allgemein ein stärkeres Wachstum entfaltet.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen über Genese und Aetiologie der Tumoren möchte ich mich speziell den Geschwülsten zuwenden, die an der Lippe bezw. Unterlippe lokalisiert sind. Sind Lymphangiome schon an und für sich selten vorkommende Tumoren, so ist ihr Sitz an den Lippen besonders wenig zu beobachten. Aus einer Statistik, die Schmahl aufgestellt hat, geht hervor, daß die Lippen mit 6 Prozent als Sitz für Lymphangiome veranschlagt sind. Von diesen 6 Prozent hinwiederum dürften 5 auf die Oberlippe und nur 1 auf die Unterlippe entfallen. Man könnte das häufigere Vorkommen an der Oberlippe vielleicht mit Virchow's Theorie der fissuralen Lymphangiome erklären, der diese Tumoren hauptsächlich dort entstehen läßt, wo sich embryonale Spalten geschlossen haben. An den Oberlippen wären dies im wesentlichen die Vereinigungspunkte vom mittleren Nasenfortsatz und Oberkieferfortsatz. Die Lymphangiome der Lippen kommen meist als cavernöse, selten als Lymphangioma simplex und nur ausnahmsweise als cystoide vor.

Das Lymphangioma simplex der Lippen ist eine Form, die gewissermaßen auf der Grenze zwischen Lymphangiektasie und Geschwulst steht. Makroskopisch stellen diese Lymphangiektasien größere und kleinere, meist leicht prominente, flache oder höckrige Infiltrate der Haut dar, die auch nach der Oberfläche aufbrechen können und dann stark nässen. Gerade bei den Lippen entsteht infolge des dauernden Reizes durch die Nahrungsaufnahme leicht Lymphorroe, die hinwiederum die Gefahr des Ekzems und der Infektion in sich birgt. Auf Durchschnitten erkennt man ein poröses Gefüge, das die Anwesenheit zahlreicher feinster Spältchen und Kanäle, die mit klarer Flüssigkeit erfüllt scheinen, verrät. Gewöhnlich sehen die lymphangiektatischen Hautbezirke gelblichweiß aus; ist die Lymphangiektasie, wie es manchmal vorkommt, mit einer stärkeren Entwicklung der Blutgefäße verknüpft, dann können die Flecken eine rosarote oder dunkelrote Farbe aufweisen. Der Prozeß ist entweder auf Korium und Papillarkörper beschränkt, oder ergreift auch das kutane oder subkutane Gewebe. Mikroskopisch erscheint ein zellreiches faseriges

Grundgewebe, in welchem verschiedenartige miteinander kommunizierende, zylindrische Gänge und vielgestaltige Spalten, von plattem Endothel bekleidet, sich verzweigen; hier und da sieht man ampullenförmige Erweiterungen der Gänge. Außer an den Lippen kommt das Lymphangioma simplex hauptsächlich auch sonst noch im Gesicht und besonders am Hals vor.

Die cavernöse Form des Lymphangioms ist es hauptsächlich, zu der man die Vergrößerungen sowohl an den Lippen, wie auch an der Zunge und der Wange, die Makrocheilie, Makroglossie und Makromelie, rechnet. Im Lymphangioma cavernusum dominieren die Lymphgefäßerweiterungen. Wie bei dem cavernösen Gewebe überhaupt ist es das schwammartige Gewebe, welches für die Benennung charakteristisch ist und hier bestehen die schwammigen, zum Teil dicht gelagerten Lücken aus erweiterten Lymphgefäßen. Sie sind mit Endothel ausgekleidet und enthalten eine klare, hellgelbliche, mitunter etwas getrübte Flüssigkeit. Mikroskopisch sieht man die Lymphe in Form körniger oder feinfädig-netzförmig-fibrinöser Massen. Borst fand auch kolloide Kugeln als Inhalt. Wie beim Lymphangioma simplex, so stehen auch die cavernösen Räume unter sich, teilweise auch mit der Umgebung, in Verbindung, so daß sich manchmal auch hier die Geschwulst auf Druck verkleinern läßt. Das zwischengelagerte Bindegewebe findet sich gewöhnlich im Stadium der Wucherung und ist von lymphoiden Infiltraten durchsetzt. Oedematöse Erweichungen und Einschmelzungen des Bindegewebes sowie blutige Infarkte im Bereich von Venenthrombosen sind nicht gerade selten. Die cavernösen Lymphräume haben teilweise eine gut ausgebildete Wand, die oft elastische Fasern und glatte Muskulatur aufweist. Klinisch hat die Geschwulst, ähnlich wie das Lymphangioma simplex eine mehr diffuse, von der Umgebung wenig abgrenzbare Form. Als Makroglossie, Makrocheilie und Makromelie jedoch kann sie oft plumpe, unförmige Tumoren bilden. Die Gewebsdecken sind über der Geschwulst meist unverändert. Die Haut ist manchmal leicht gelblich verfärbt und läßt sich meist nicht abheben. Die Konsistenz ist weich, mitunter schlaff, pseudofluktuierend.

Der Prädilektionssitz des cavernösen Lymphangioms ist wieder Cutis und Subcutis. Es kann aber auch zapfenförmig zwischen den Muskeln in die Tiefe dringen und dabei Nerven und Gefäße zur Seite schieben oder umklammern.

Geht die Dilatation der cavernösen Räume weiter, so kommt es zum Lymphangioma cysticum. An den Lippen kommt diese Form sehr selten vor und ist nur einmal von E. Müller beschrieben worden. Am häufigsten kommt die Geschwulst als kongenitales Zystenhygrom am Hals vor. Im übrigen findet sie sich meist wieder subcutan und tritt auch in der Parotisgegend, in der Achselhöhle und in der Leistenbeuge auf. Im Mesenterium ist sie mit chylösem Inhalt beobachtet worden.

Makroskopisch sieht man an den Tumoren ein Konglomerat von verschiedenen großen Blasen mit meist dünnen, bindegewebigen und muskulösen Wänden, durch die der Inhalt leicht hindurch schimmert. Die Blasen sind durch fibröse Bindegewebe zusammengehalten. In das letztere sind wieder kleine Hohlräume eingebettet, so daß die Bindegewebsbalken siebartig durchlöchert aussehen können. Die Zystenwände sind glatt, oder zeigen leistenartige Vorsprünge, manchmal durchziehen bindegewebige Septa die Kammern. Ribbert hat polypöse Einwüchse des Bindegewebes in die Zystenlumina mehrfach gesehen. Die zystösen Räume kommunizieren zum Teil miteinander. Ihre Verbindung mit den Lymphgefäßen der Umgebung ist jedoch gering, so daß das Lymphangioma cysticum auf Druck sich nicht so verkleinern läßt, wie manchmal das Lymphangioma simplex und cavernusum.

Das Lymphangiom ist seinem Wesen nach eine gutartige Geschwulst. Es wächst nur expansiv und bildet keine Metastasen. Der Verlauf der Erkrankung ist ein protrahierter. Langsam tritt der Tumor in Erscheinung, nur langsam wächst er; er kann auch lange Jahre stationär bleiben. Trotzdem kann das Lymphangiom die Funktion der Lippen erheblich beeinträchtigen, ist sein Sitz ein ausgedehnter, so kann die Nahrungsaufnahme wesentlich gestört sein, die Sprache kann erschwert, das Minenspiel kann aufgehoben sein; der Alveolarfortsatz kann deformiert und nach innen gedrückt werden. Von der Lymphorroe und der sekundären Gefahr des Ekzems und der Infektion sprach ich bereits.

Mitunter kann das Wachstum der Geschwulst durch ein schubweises An- und Abschwellen des Tumors kompliziert werden. In der Regel ist solches Anschwellen auch mit Schmerzen, oft mit Temperaturschwankungen, ja mit hohem Fieber verbunden. Wegner und Küttner erklären diese sogenannte intermittierende Entzündung mit einer Invasion bakterieller Keime. Riedel und Wieschebrink dachten an eine chemische, spezifische Gewebsleistung. Nun hat aber Tavel in 3 Fällen — es handelt sich jedesmal um ein Lymphangiom am Hals — Streptokokken nachgewiesen. Der Weg, auf dem die Infektion zum Lymphangiom tritt, kann entweder ein direkter sein oder durch die regionären Lymphbahnen vermittelt werden. Beide Wege sind möglich; ersterer vor allem dann, wenn sich das Lymphangiom, wie bei der Makrocheilie, direkt unter einer leicht vulnerablen Schleimhaut liegt, oder wenn bei intrakutanem Sitz der Bläschen durch Platzen derselben eine Infektionspforte geschaffen ist. Durch die regionären Lymphbahnen dürften die Keime in den 3 Beobachtungen Tavels zugewandert sein. Denn hier lag der Tumor am Hals und besonders im 1. Falle zeigte die Operation nahe Beziehungen und Kommunikationen mit den Lymphgefäßen des Halses.

Das Charakteristische für diese intermittierende Entzündung ist — wie schon ihr Name sagt — ihr Auftreten in unregelmäßi-

gen Intervallen. Jahrelang macht sie sich nicht bemerkbar, um dann plötzlich in Erscheinung zu treten. Gewöhnlich wird durch diese entzündlichen Schübe das Wachstum der Geschwulst angeregt und nur in seltenen Fällen kommt es durch Schrumpfung des Tumors zur Spontanheilung. An den Lippen kann die Entzündung infolge Nahrungsaufnahme recht störend und schmerzhaft wirken.

Die Prognose des Lymphangioms der Lippen ist quoad vitam gut. Wie schon erwähnt besteht allerdings gerade hier die Gefahr des Ekzems und der Infektion, wenn durch Platzen der Bläschen Lymphorroe eintritt. Auch kann bei erheblicher Ausdehnung der Geschwulst die Excision des Tumors erschwert sein und möglicherweise geht bei der Operation manchmal die ganze Lippe verloren. Dann muß eine Lippenplastik gemacht werden.

Die Diagnose des Lymphangioms der Lippen dürfte keine Schwierigkeiten bieten. Die Geschwulst tritt meistens in den ersten Lebensjahren auf, ist von weicher, schwammiger Konsistenz mit oft diffusen Grenzen und läßt sich manchmal durch Druck verkleinern. Auch das Auftreten der erwähnten hellen, gelblichen Bläschen und die entzündlichen Schübe sind eine weitere Sicherheit zur Feststellung der Diagnose.

Als Therapie kommt die parenchymatöse Injektion reizender Medikamente, wie Chlorzink, Jodtinktur, Eisenchlorid in Frage, die eine entzündliche Infiltration, Granulationsbildung, sekundäre Schrumpfung, Narbenbildung, und so eine Verkleinerung des Tumors herbeiführen soll. Ferner hat man mit Injektionen von 50 bis 70%igem Alkohol gute Erfolge erreicht. Am besten haben sich wohl die Exstirpation und die Kauterisation mit dem rotglühenden Thermo oder Galvanokauter oder mit Hochfrequenz bewährt. Kauterisation ist dann angesagt, wenn man es mit schwächlichen Patienten zu tun hat, besonders mit Kindern, denen man eine Operation nicht zumuten möchte, und ferner auch dann, wenn die Geschwulst von mehr diffus ausgebreiteter Form ist. Am sichersten und rationellsten ist die Exstirpation, die man aber nur dann anwenden kann, wenn die Geschwulst einigermaßen gegen das gesunde Gewebe hin abgegrenzt ist. Auch auf Radium und Röntgenstrahlen scheinen die Lymphangiome recht gut anzusprechen.

In der Literatur sind nur wenige Fälle von Lymphangiom der Unterlippe zu finden, die ich anschließend folgen lassen möchte:

Forster beschreibt einen Fall von Hypertrophie beider Lippen, der nach dem mikroskopischen Befunde als eine Mischform von fibröser und lymphatischer Makrocheilie zu bezeichnen ist und den er Elephantiasis nennt. Ein 25-jähriger Schlosser wurde von einem Kollegen in die rechte Wange, etwas oberhalb des Mundwinkels, gezwickt. Innerhalb einer halben Stunde schwoll die Oberlippe ziemlich stark an, doch machte sie ihm keine Beschwerden. Im Laufe der Zeit wurde die Schwellung immer grö-

ßer und ergriff auch die Unterlippe. Nach ca. $\frac{3}{4}$ Jahr ergab sich folgender Status:

Beide Lippen, die Ober- und Unterlippe des Patienten sind beinahe um das Dreifache angeschwollen; die Schwellung erstreckt sich von der Oberlippe bis zum Kinn. Nasolabial- sowie Mentolabialfalten sind verstrichen. Beide Lippen sind ca. 3 cm dick. Die äußere Haut läßt sich nicht abheben, ist adhärent, glatt, zeigt keinerlei Hervorwölbung und ist normal gefärbt; auch das Lippenrot ist nicht verschwunden. Das Ganze fühlt sich weniger ödematös als derb elastisch an; auf Druck bleibt auch keine Vertiefung zurück, wie bei Oedem. Das Gesicht ist im Ganzen sehr verunstaltet, so daß sich Patient aus kosmetischen Gründen zu einer Operation entschloß.

In seiner Dissertation beschreibt D'Hoste eine enorme angeborene, lymphangiomatöse Makrocheilie der Unterlippe. Der 45-jährige Patient gab an, daß schon von Geburt an die Lippe in geringem Grade geschwollen gewesen sei; aber erst von seinem 16. Lebensjahr an allmählich an Dicke zugenommen habe und zwar sei im Sommer die Schwellung etwas stärker gewesen. Die Unterlippe zeigte eine plumpe, wurstförmige Form, fühlte sich derb an, zeigte keine Pulsation oder Veränderung der Farbe an und ließ sich auf Druck nicht verkleinern. Duplouy nahm mehrere Operationen vor und erreichte so eine zufriedenstellende, ziemlich normale Form.

Diesem schließt sich ein Fall von Weinlechner an, der mit vollständigem Heilerfolg einen $1\frac{1}{2}$-jährigen Knaben operierte, dessen Unterlippe schon bei der Geburt größer als normal war. Zur Zeit der Operation war die Lippe um das Fünffache vergrößert, fühlte sich derb an und ließ sich auf Druck für kurze Zeit etwas verkleinern. Bei der genaueren Untersuchung fanden sich zahlreiche ektasierte Lymphräume, sowohl in der Schleimhaut als in der Hautplatte.

Hier reiht sich eine Beobachtung von Paster an betreffend ein Kind von 6 Monaten. Bei der Vorstellung zeigte sich eine erhebliche Makroglossie und Makrocheilie der Oberlippe, die schon nach der Geburt bemerkt worden war. Die Makrocheilie (und auch Makroglossie) nahm trotz verschiedener therapeutischer Maßnahmen allmählich zu und erstreckte sich bald auch auf die Unterlippe. Die Haut über dem Tumor, der von teigiger Konsistenz war, zeigte ein durchaus normales Verhalten und die Untersuchung verursachte keine Schmerzen. Infolge der zunehmenden Dimension der Zunge und der dadurch erschwerten Nahrungsaufnahme trat nach 6-monatlicher Behandlung der Tod ein. Die Untersuchung einiger excidierter Stücke ergab: Lymphangioma cavernosum.

Bischoff hat in seiner Dissertation 9 Fälle von Lymphangiomen der Lippen gesammelt, in 8 Fällen war die Geschwulst an der Oberlippe, in einem an der Unterlippe lokalisiert. Der letzte

Fall wurde von Wildersinn beschrieben, der ihn allerdings mehr zu den Teleangiektasien rechnet, während Bischoff ihn als oberflächliches Lymphangiom bezeichnet.

Bei einer jungen Dame von 17 Jahren bestand eine kleine, knotige Verhärtung am Saume der Unterlippe. Sie wurde excidiert und Heilung trat ein. Bald darauf erhoben sich jedoch an derselben Stelle neue Knötchen, die an der Spitze ein bläschenförmiges Aussehen boten. Diese Bläschen sprangen auf und es sickerte fortwährend eine seröse Flüssigkeit heraus. Der Untergrund der Geschwulst war härtlich infiltriert. Sie wurde nochmals exstirpiert und zwar diesmal so tief, daß die Schleimdrüsen mit herauskamen und auch die Cutis externa im Präparat erhalten war. Die mikroskopische Untersuchung zeigte die Epidermis stark verdickt, die Lymphgefäße ausgedehnt und geschlängelt, in der Mitte der Geschwulst fast cavernös und ihre Wandungen ebenfalls verdickt.

Zuletzt möchte ich einen Fall von reinem Lymphangiom der Unterlippe aus dem Anschar-Krankenhaus, Kiel, bringen. Herr Prof. Dr. Göbell, der den Fall behandelte und die Operation selbst ausführte, hat ihn mir freundlicherweise überlassen.

Martha Haack, 18 Jahre. Aufnahme 2. 10. 1911. Operation 3. 10. 1911, in Heilung entlassen am 10. 10. 1911.

Anamnese: Vater: stets gesund gewesen. Mutter: seit 14 Jahren Magengeschwür, jetzt angeblich geheilt. Geschwister: alle 4 gesund.

Patient bemerkte vor 10 Jahren eine kleine Schwellung der Unterlippe, die eine Zeit lang wuchs, dann aber im Wachstum stehen blieb. Sie hatte keine Schmerzen. Vor 4 Jahren wurde zweimal, einmal davon von der Mundhöhle her, incidiert durch Herrn Dr. Lammers in Heide. Die Geschwulst kam jedoch nach der Heilung wieder.

Status: Pat. befindet sich in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Fettpolster mäßig. Die Haut zeigt mannigfache Pigmentflecke.

Kopf: An dem unteren Rande der Unterlippe findet sich eine Geschwulst von Walnußgröße. Sie ist weich und zeigt keine Fluktuation und ist frei in dem Gewebe verschieblich. Außen und innen sieht man je eine Incisionsnarbe. Druck auf die Schwellung macht der Patientin keine Schmerzen. Die Pupillen reagieren auf Konvergenz und Lichteinfall.

Brust: o. B. Grenzen normal und frei verschieblich. Ueberall Vesikuläratmen.

Hals und Nase zeigen keine Besonderheiten.

Wirbelsäule ist schmerzfrei und normal.

Herz: Die Töne sind rein, die Grenzen normal.

Abdomen: Bei tympanitischem Schall keine Schmerzen bei Druck.

Die oberen und unteren Extremitäten sind ohne Besonderheiten.

3. 10. Operation:

Um die Operation mit möglichst geringer Blutung vor sich gehen zu lassen, wird beschlossen, die Operation in Hochfrequenzkaustik auszuführen. Da bei der Hochfrequenzkaustik wegen der Verbrennungs- und Explosionsgefahr die Anwendung von Aether vermieden werden muß, geht die Operation in Chloroformnarkose vor sich. Die Patientin erhält 0,01 Morphin subcutan. Dann wird sie auf dem Tisch gelagert mit einer Nackenrolle im Genick. Die Lippen- und Halshaut wird sodann durch Jodanstrich desinfiziert. Da der Tumor bis unter die Epidermis reicht, muß die ganze Epidermis mit dem Tumor entfernt werden, ebenso die Lippenschleimhaut. Die Lippe mit dem Tumor wird mit einer Esmarch'schen Zungenklemme angeklemmt, auf diese Weise hat man eine gute Handhabe zur Entfernung des Tumors. Dann wird der Elektrokauter in Tätigkeit gesetzt. Um provisorisch blutstillend zu wirken, kompremieren zwei Assistenten mit je einer Hand mit hakenförmig gekrümmtem Zeige- und Mittelfinger die Lippe. Dann wird das kaustische Messer angesetzt, es arbeitet sehr gut. Eine parenchymatöse Blutung entsteht nicht, wohl aber eine arterielle an der beiderseitigen Arterie der Unterlippe. Sie werden sofort gefaßt und unterbunden. Damit möglichst weit im Gesunden gearbeitet wird, wird das Gewebe ein Querfingerbreit vom Tumor mit dem Elektrokauter durchtrennt, bis der Tumor mit dem zunächst benachbarten Gewebe völlig entfernt werden kann. 2 bis 3 blutende Gefäße werden rechts und links mit Kocherklammern gefaßt und ligiert. Die Blutung ist sehr gering und es kann deshalb sofort zur Lippenplastik geschritten werden. Da die ganze Unterlippe entfernt ist, muß eine völlig neue Unterlippe gebildet werden. Das geschieht nach von Langenbeck, indem aus der Kinnhaut und aus der noch erhaltenen Mundschleimhaut eine neue Lippe gebildet wird, durch Bildung eines nach rechts gestielten Lappens mit der Basis nach rechts. Ein zweiter Lappen mit der Basis nach links. Die beiden Lappen werden in der Mitte vernäht und dann der untere Rand mit der Hautwunde vernäht. Dann wird das Lippenrot der Unterlippe gebildet aus zwei aus der Mundschleimhaut gebildeten Lappen. Diese beiden Lappen werden in der Mitte vernäht, dann wieder der untere Rand mit dem oberen Rand des Hautlappens. Auf diese Weise ist auch das neue Lippenrot gebildet.

Pat. übersteht die Operation gut, wenig Schmerzen, spärliches Erbrechen. Temp. nie über 37,9°.

7. 10. Aufstehen, mäßiges Jodekzem.

10. 10. Pat. soll in die Sprechstunde wiederkommen.

15. 11. sieht die Patientin noch etwas mitgenommen aus. Das Lippenrot ist völlig geheilt, nirgends sieht man einen Granulationsknopf. Die Unterlippe ist gut gebildet. Man erkennt sehr

wenig, daß diese neugebildete Unterlippe völlig neugebildet ist, nur die Narben lassen erkennen, was hier vor sich gegangen ist. Von der Seite gesehen springt die Unterlippe sogar etwas vor, aber höchstens ½ cm.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß die Geschwulst aus zahlreichen Räumen gebildet ist. Diese Räume sind an der Innenwand mit Endothel bekleidet. Nirgends findet sich Blut in diesen Räumen, sondern eine gleichmäßige, helle Masse. Die Wandungen dieser Räume werden von ganz wenig Schichten fibrösen Gewebes gebildet. Meistens stößt Wand dicht an Wand ohne viel Zwischengewebe. An einzelnen Stellen sieht man zwischen den Septen Gefäßentwicklung, Arterie und Vene. Nirgends ist die Entwicklung dieser Gefäße auffallend stark, auch findet man nirgends Haufen von Bindegewebszellen, die den Verdacht auf Sarkom hervorrufen. Deshalb dürfte es sich bei dieser Geschwulst um ein reines Lymphangiom handeln. —

Aus dem mikroskopischen Befund geht hervor, daß es sich um eine Lymphangioma cavernosum handelte. Die Lippenplastik nach v. Langenbeck war die angesagte, da die ganze Unterlippe entfernt, die Kinnhaut jedoch erhalten geblieben war.

Im übrigen ist die Möglichkeit, Defekte zu ersetzen, mannigfaltig und dementsprechend auch die Art der praktischen Verfahren variabel. Welche Methode auch immer angewandt wird, jede hat bestimmte Forderungen zu erfüllen, um einer brauchbaren Lippenplastik gerecht zu werden.

Grundbedingung ist die Aseptik und die exakte Blutstillung, damit die Wundheilung ungestört vonstatten geht. Wählt man die Deckung durch Hautlappen, wie sie bei Verletzungen oder Substanzverlusten durch maligne Geschwülste, Lupus, Tuberkulose zur Anwendung gelangen, so ist darauf zu achten, daß nur Lappen genommen werden, die entweder von vorneherein mit Schleimhaut bedeckt sind oder nachträglich mit ihr umsäumt werden können. Man kann auch die äußere Haut als Schleimhaut nehmen und die Wundfläche des Lappens nach Thiersch oder Krause decken, oder aber auch man ersetzt äußere Haut und Schleimhaut gleichzeitig, indem man große Lappen doppelt. Läßt man diese Bedingungen außer Acht, so besteht Gefahr, daß sich der freie Lappenrand infolge narbiger Schrumpfung einzieht oder daß Wundstelle und Kiefer untereinander verwachsen, was zur Folge hat, daß die Zähne nur ungenügend gedeckt sind und Speichel aus dem Munde fließt. Bei kleineren Defekten der Lippen, die ¼ der Lippengröße nicht überschreiten, kann man sich in der Mehrzahl der Fälle mit der Anfrischung der Wundränder und der direkten Vereinigung und Naht begnügen. Diese Methode wurde zuerst von Celsus angewandt und nach ihm benannt. Eventuell kann die Naht durch seitliche Entspannungsschnitte, die bis ins Unterhautzellgewebe gehen, entlastet werden. Ueberschreitet der Defekt den ¼ Umfang der Lippe, so benutzt man

Hautlappen, die aus der Nachbarschaft genommen werden. Am ältesten und bekanntesten ist da, abgesehen von der indischen und italienischen Methode, das Verfahren nach Dieffenbach: die seitliche Verschiebung von Lappen aus der ganzen Wangendicke bei Unterlippendefekten, wobei die hintere Partie mit Schleimhaut ausgestattet ist. Bei diesem Verfahren wird der Schnitt vom Mundwinkel aus durch die Wange bis zum Masseteransatz geführt, von da parallel dem Defektrand bis zum Unterkieferrand, der größte Lappen wird in den Defekt verschoben. v. Bruns legt den Defekt rechteckig an, bildet 2 viereckige Lappen seitlich des Mundwinkels, dreht dieselben nach unten und vernäht die sekundären Defekte. Bei der v. Langenbeck'schen Cheiloplastik der Unterlippe, welche die Oberlippe zum Ersatz der unteren Lippe heranzieht, wird ein am Mundwinkel gestielter Lappen aus der Kinnhaut in den Defekt eingedreht. Nun wird auf der Gegenseite ein Lappen in Dreiecksform umschnitten, von seiner Unterlage losgelöst und damit der Defekt des zuerst gebildeten Lappens gedeckt. Um das fehlende Lippenrot zu ersetzen, trennt v. Langenbeck den Saum des Unterlippenrots rots und der gesamten Oberlippe beiderseits ab, daß nur noch ein schmaler Verbindungssteg am Philtrum zurückbleibt und näht die freien Enden des Lippensaumes aneinander. Dieses Verfahren der Lippensaumverziehung war in unserem Falle nicht notwendig, da Unterlippenschleimhaut vorhanden war, aus der das fehlende Lippenrot ersetzt werden konnte.

Bei kleineren Defekten kann man die Operation nach Estlander anwenden. Es werden Lappen aus der Haut der Oberlippe unter Bevorzugung der Gegend der Nasolabialfalte genommen, mit der Basis am Lippenrot und Stielung an der dem Philtrum zugelegenen Seite. Der Lappen wird nach entsprechender Drehung nach unten vernäht.

Brauchbar sind für Ober- und Unterlippendefekte Brückenlappen, d. h. Lappen mit doppeltem Stil aus der Kinn- und Unterkinnhaut, besonders für alte Leute, da diese Lappen gut ernährt sind (Morgagne).

Bei vielen Defekten reicht das Material aus der Nachbarschaft für die Plastik nicht aus, da die Umgebung durch Narben und Schrumpfungen ungeeignet oder auch mangelhaft ernährt ist. Dann müssen gestielte Lappen aus entfernteren Körperteilen, wie Wange, Hals, Nacken, Stirn, Kopf, Brust usw. genommen werden. So entnimmt Lexer zur Deckung größerer Lippendefekte einen gestielten Lappen aus Stirn und Kopfhaut. Lindemann benutzt bei größeren Defekten der Unterlippen und Kinngegend gerne Lappen von der Brust. Er läßt die Lappen schrumpfen, bevor er sie in den Defekt einnäht. Er will auf diese Weise etwaigen späteren Schrumpfungen bei der Lippen- und Mundbildung entgehen. Sehr bekannt sind auch die Operationsmetho-

den von Czerny, Israel, Hahn, Schimmelbusch, Bardenheuer, Hacker, Schepelmann und anderen, die für ihre Plastiken entferntere Körperteile heranziehen.

Bei der Ausführung aller Operationen sind gewisse Grundforderungen zu beachten. Von der Aseptik und exakten Blutstillung sprach ich schon. Ferner ist jedes kleine Läppchen, jedes Stück Lippenrot zu schonen, da es nachher kostbares Material für die Deckung bildet. Granulationen müssen abgeschabt, Wundränder angefrischt werden, der Grund der Wunden und Narben muß excidiert werden, damit eine vollkommene frische, reine Wunde vorliegt. Um eine gute Ernährung des Lappens zu gewährleisten, darf der Stiel des Lappens nicht schmäler als die Hälfte der größten Breite desselben sein. Ferner muß er in der Richtung der Gefäßversorgung laufen, darf nicht zu sehr gespannt und gedreht sein. Nach Möglichkeit soll der Lappen $^1/_3$ größer als der Defekt sein, da bei Heilung Schrumpfung eintritt. Weiter ist Voraussetzung, daß er gleichmäßig dick präpariert wird, etwaiges Fett im Unterhautzellgewebe muß mitlosgelöst werden. Zipfel sind zu vermeiden, da sie infolge mangelhafter Ernährung der Gangrän oder Nekrose verfallen. Aus denselben Gründen ist bei Einführung des Lappens in den Deefkt jede Zerrung und Spannung desselben, wie selbstverständlich auch seiner Nähte, zu vermeiden. Zur Lösung der Spannung kann man weitausholende, tiefgreifende Seitennähte anlegen, um so die Wundränder möglichst nahe zusammenzubringen. Dann ist die Naht ohne Zerrung exakt auszuführen. Bei der Drehung des Lappens dürfen die Gefäße nicht stranguliert werden, deshalb ist langsam vorzugehen, eventuell in Etappen. Die Einheilung des Lappens erfolgt meist in 8 bis 10 Tagen, dann, wenn seine Vitalität gesichert ist, kann man den Stiel durchtrennen. Der zur Deckung nicht verwandte Teil des Stieles wird wieder an seiner alten Stelle eingenäht. Der Schrumpfung des Lappens begegnet man durch sofortiges Bilden der Lippenschleimhaut aus Wangenschleimhaut oder man deckt Schleimhaut und Hautdefekt mit den überpflanzten Lappen gleichzeitig. Hierbei ersetzt die äußere Haut die Schleimhaut und die nach außen liegende Lappenwundfläche wird nach Thiersch oder Krause gedeckt. Ferner verwendet man auch gedoppelte Lappen, indem man das Ende des Lappens nach innen umschlägt und die aufeinander zu liegenden Wundflächen durch Naht vereinigt. Die äußere Haut, die der Mundhöhle zugewandt ist, wandelt sich schnell und schleimhautähnlich um und paßt sich gut der Umgebung an. Man hüte sich behaarte Haut als Lippenschleimhautersatz zu verwenden, da die Haare weiter wachsen und unerträgliche Störungen verursachen. Fehlt das Lippenrot, so ist es durch gestielte Wangenschleimhautlappen aus der Umgebung zu ersetzen. Fehlt nur das Lippenrot der einen Lippe, so wendet man die Lippensaumverziehung nach v. Langenbeck an.

Bei allen plastischen Gesichtsoperationen steht meist der kosmetische Gesichtspunkt im Vordergrund. Bei der Cheiloplastik ist jedoch auch der funktionelle Erfolg von großer Wichtigkeit. Die praktische Erfahrung hat uns gelehrt, daß eine Brauchbarkeit der Lippe erst dann wieder erzielt wird, wenn alle Gewebe am Ersatz vorhanden sind, aus denen die Lippe besteht: Haut, Muskulatur und Schleimhaut. Nicht unerwähnt lassen möchte ich das Verfahren nach Abbé, der unter Zugrundelegung dieses Gedankens als Ersatzmittel die andere Lippe gewählt hat. Abbé nimmt einen dreieckigen Lappen mit Brücke am Oberlippenrot, dreht ihn nach unten und vernäht ihn. Später wird dann der Stiel durchtrennt. Dieses Verfahren kann hauptsächlich bei Nachoperationen von Hasenscharten angewandt werden, wenn der kosmetische Erfolg der ersten Operation nicht zufriedenstellend ausgefallen war. Aber in der Literatur finden sich auch Fälle, wo die Abbé'sche Lippenplastik bei gänzlich zerstörter Unterlippe (durch maligne Geschwülste) angewandt wurde.

Welchem der angeführten Verfahren der Vorzug zu geben ist, wird sich jeweils nach Sitz, Form, Gestalt und Größe des Defektes als auch nach dem Ernährungszustand und Alter des Patienten richten. Mithin bleibt die Methode der Wahl die jeweils operativ beste.

Zum Schluß meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Göbell für die Zuweisung des Themas und die Uebernahme des Referats meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Abbé, Medical Record. 1898.
2. Bischoff, Med. Dissertation. 1924.
3. Bronger, Med. Dissertation. 1924.
4. Borst, Die Lehre von den Geschwülsten. 1902.
5. Büttner, Med. Dissertation. 1922.
6. Borchard-Schmieden, Lehrbuch der Kriegschirurgie.
7. Bruhn, Die gegenwärtige Behandlungsweise der Kieferschußverletzungen.
8. D. Rona, Beitrag zur klinischen Chirurgie. 1913.
9. D'Hoste, Med. Dissertation. 1878. Paris.
10. Dolbeau et Félizet, Bulletin général de therapeutique médical et chirugale. 1874.
11. Estlander, Archiv für klinische Chirurgie. 1922.
12. Esser, Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1919.
13. Esser, Archiv für klinische Chirurgie. 1919.
14. Forster, Med. Dissertation. 1899.
15. Feßler, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1922.
16. Firnhaber, Med. Dissertation. 1924.
17. Grünebaum, Med. Dissertation. 1923.
18. Günther, Med. Dissertation. 1921.
19. Haubenreißer, Med. Dissertation. 1908.
20. Hoffmann, Med. Dissertation. 1916.
21. Holbeck, Med. Dissertation. 1919.
22. Hildebrand, Entwicklung der plastischen Chirurgie.
23. Halle, Med. Dissertation 1923.
24. König, Archiv für klinische Chirurgie. 1919.
24. Konietzko, Med. Dissertation. 1920.
26. Ligabue, Zeitschrift für Chirurgie. 1915.
27. Lexer, Handbuch der praktischen Chirurgie. Bd. 1.
28. Lexer, in Bier, Braun und Kümmel: Chirurgische Operationslehre. Bd. 1.
29. Lexer, Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 92.
30. Müller, Med. Dissertation. 1922.
31. Most, Chirurgie der Lymphgefäße. 1917.
32. Meyer, Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1926.
33. Neideck, Med. Dissertation. 1927.
34. Paster, Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1882.
35. Raschdorf, Med. Dissertation. 1915.
36. Rubner, Med. Dissertation. 1919.
37. Ribbert, Archiv für pathologische Anatomie. 1898.
38. Sick, Archiv für pathologische Anatomie. 1902 und 1903.
39. Schmidt, Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1890.
40. Salomon, Med. Dissertation. 1914.
41. Schmahl, Med. Dissertation. 1923.
42. Tavel, Centralblatt für Chirurgie. 1899.
43. Virchow, Die krankhaften Geschwülste. 1867.
44. Wegner, Archiv für klinische Chirurgie. 1877.
45. Weinlechner, Chirurgische Krankheiten der Haut 1881 in Gerhardts Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. 6.
46. Zippel, Med. Dissertation. 1921.

Lebenslauf.

Ich, Paula Marselje, geb. am 2. Juli 1907 in Köln am Rhein, Tochter des Ingenieurs Theo Marselje und seiner Gemahlin Adele, geb. Harke, besuchte bis zum Jahre 1916 die Königin-Luisen-Schule in Köln. Im Jahre 1916 übersiedelten wir nach Regensburg a. d. Donau, wo ich zuerst die Müller'sche Töchterschule besuchte und dann in die humanistische Abteilung des Neuen Gymnasiums eintrat. Ostern 1927 bestand ich an dieser Schule das Abitur.

Hierauf wandte ich mich dem Studium der Zahnheilkunde zu und studierte in Kiel, Würzburg und Bonn. Physikum und Staatsexamen (1929 bezw. 1931) bestand ich in Kiel.